

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Emile, Etienne, Georges LOISELLE

Né le 1er Juin 1933, à Origny Sainte Benoite (Aisne)

115

Présentée et soutenue publiquement le :

LA TENTATIVE DE SUICIDE

(A propos de 111 observations recueillies en deux ans
dans le Service de Médecine Générale
d'un Hôpital de 2ème catégorie)

Président : Mr. DESOILLE, Professeur.

Année 1963

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

PAR
Emile, Etienne, Georges LOISELLE
Né le 1er Juin 1933, à Origny Sainte Benoite (Aisne)

Présentée et soutenue publiquement le :

LA TENTATIVE DE SUICIDE
(A propos de 111 observations recueillies en deux ans
dans le Service de Médecine Générale
d'un Hôpital de 2ème catégorie)

Président : Mr. DESOILLE, Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solai (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutail (D.), Quènu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Laviboisère)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNE (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
	Salpêtrière
	Tenon
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	LENÈGRE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BARIÉTY (M.)
Cliniques obstétricales	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	DEBRAY (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	GENNES (L. de)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	DEROT (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	DAVID (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	GARCIN (R.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	LACOMME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique stomatologique (Pitié)	RENARD (G.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	AUBRY (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LELONG (M.)
Clinique toxicologique	MARIE (J.)
Clinique traumatologique	BERNARD (E.)
Sémiologie médicale	MICHAUX (L.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	GOSTE (F.)
Clinique urologique (Necker)	DECHAUME (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ROUX (M.)
	LEMAIRE (A.)
	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	{ BOUË (H.)
	{ LHERMITTE (F.)
	{ PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch.	Oto-rhino-Laryngologie . . .	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anatomie pathologique . . .	ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)		BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale . . .	GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUM (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports . . .	PLAS (F.)		BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale . .	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie . . .	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERGO (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (G.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Hygiène	BASTIN (R.) DUPONT (V.)	Pathologie médicale	
Maladies infectieuses	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine légale	ALBAHARY (C.) PERTUISSET (B.)		
Médecine du travail	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (G.) THOYER-ROZAT (J.)		
Neuro-chirurgie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)	Pédiatrie-Puériculture . . .	
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
	BARRES (G.)
	DEJOURS (P.)
Physiologie	DURAND (J.)
	GIRARD m. conf.
	HUGELIN (A.)
	SCHERRER (J.)
	CHANTEUR (J.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.
Physique médicale	pr. s. ch.
	GREMY (F.) m. conf.
	MILHAUD (G.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J.-Cl)
	TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo-phthisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.)
	DUCHÉ (D.)
	FLAVIGNY (H.)
	LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	GERNEA (P.)
	CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
	MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.)
	MOULONGUET (A.)
	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.)
	AMELINE (A), pr. s. ch.
	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.)
	MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
	Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

- A mes Parents

C'est grâce à leur compréhension et à leurs
sacrifices que j'ai pu entreprendre mes études.

En faible témoignage de ma reconnaissance.

- A ma Femme

- A mes Enfants

- A toute ma Famille.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0021

A Monsieur le Professeur DESOILLE

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur BARON

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis de Boulogne-sur-Mer

Qui nous a donné de si précieux et
bienveillants conseils.

En témoignage de notre reconnaissance
et de notre profond respect.

L'objet de cette thèse est l'étude des tentations de suicide (T.S.) admises dans le service de médecine générale de l'Hôpital de Boulogne-sur-Mer pendant deux années, du 1er Juin 1960 au 31 Mai 1962.

P.B. Schneider en 1954 définit ainsi la tentative de suicide "en disant qu'il s'agit d'un suicide raté quelle que soit la raison de cet échec (moyen inadéquat, intervention de tiers, traitement efficace, etc..)".

Nous avons restreint le cadre de cette définition en comprenant dans notre étude les tentatives de suicide à issue fatale en milieu hospitalier. Ainsi nous utiliserons le mot "suicidant" pour désigner le sujet ayant fait une tentative de suicide admise à l'Hôpital quel qu'en soit le devenir en opposition avec le mot "suicidé" désignant le suicide réussi en dehors de l'Hôpital.

Ce travail n'a pas la prétention d'être une étude complète de la tentative de suicide. Nous nous sommes attachés plus particulièrement à l'étude de certains points. Pour d'autres problèmes évoqués notre matériel d'étude n'est ni complet, ni rigoureux.

Nous développerons successivement :

- des notions étiologiques,
- le problème de la récurrence,
- la mortalité,
- les guérisons.

LES NOTIONS ETIOLOGIQUES
=====

Pendant les deux années étudiées, sur 3.246 malades admis dans le service de médecine générale (Hôpital de 2ème catégorie) nous avons retrouvé 111 T.S. soit 3,4°/o des admissions.

1 - Répartition selon le sexe

Ces 111 T.S. se répartissent ainsi :

- hommes 34 - 30,6°/o 1,8°/o des hommes admis (1.856).
- femmes 77 - 69,3°/o - 5,5°/o des femmes admises (1.390).

Il y a donc en valeur relative deux T.S. femmes pour 1 T.S. homme, mais si l'on les compare en valeur absolue 5,5°/o contre 1,8°/o il y a 3 femmes pour un homme. Cette différence est énorme et s'oppose aux chiffres donnés par les auteurs de statistiques sur les "suicidés". Péquignot donne dans ce cas 75°/o d'hommes sur 54.813 décès par suicides survenus en France en 8 ans.

Mais elle vient confirmer les pourcentages (femmes 72,8°/o, hommes 27,2°/o) cités par L. Roche et ses collaborateurs dans leur étude sur l'activité du Centre-Poison de Lyon.

2 - Répartition selon l'âge

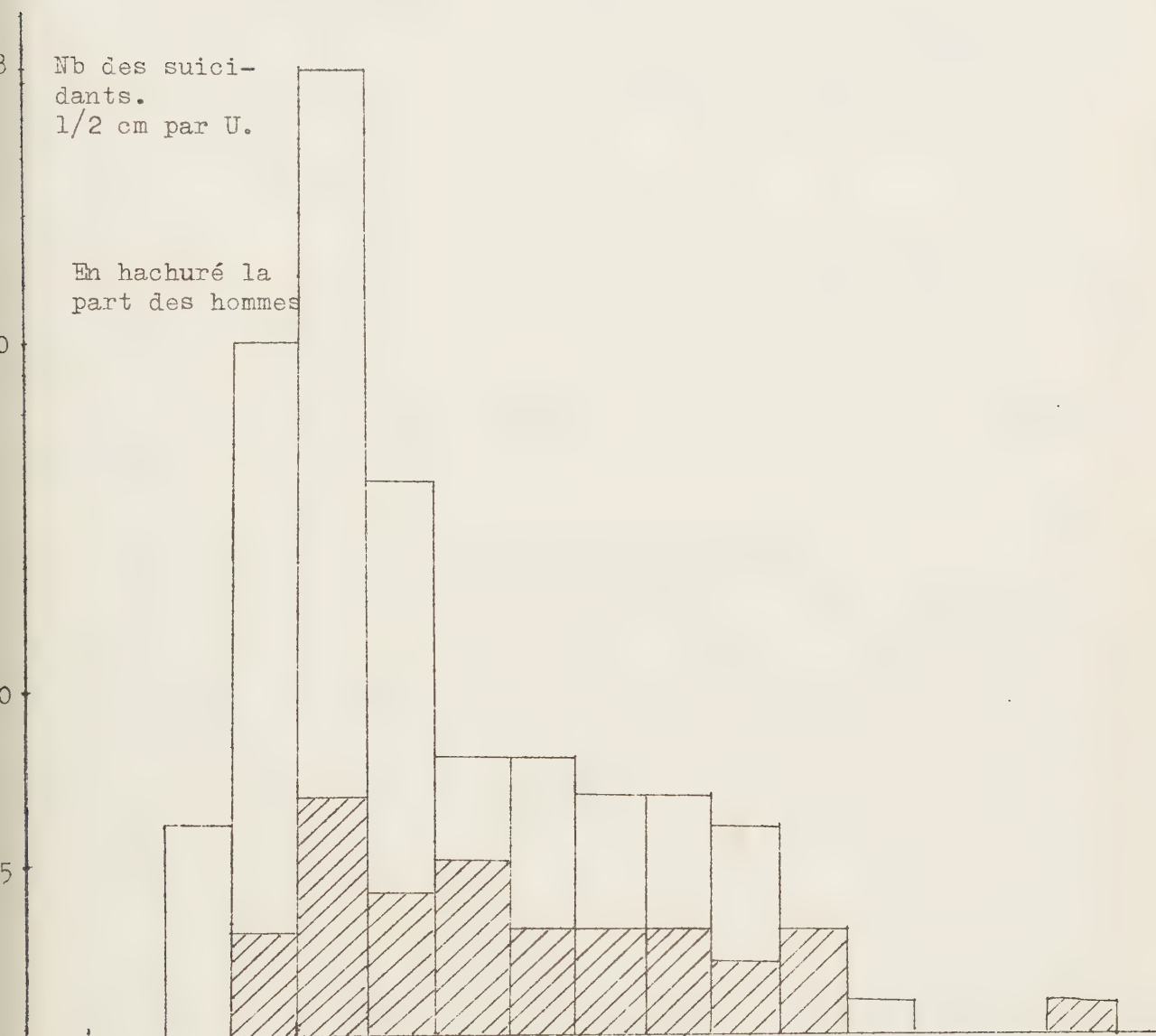
Nous avons étudié l'âge des suicidants par tranche de cinq ans et reporté les chiffres sur le diagramme ci-après.

Les T.S. sont le fait d'adultes jeunes, les 2/3 (70 T.S.) des suicidants sont compris entre 14 ans (cas limite inférieur) et 30 ans.

Alors que les notions classiques affirment que les suicides sont l'apanage des sujets âgés, nous voyons en accord avec L. Roche et ses collaborateurs que les T.S. sont celui des adolescents et des adultes jeunes.

3 - Répartition selon l'habitat

Nous avons trouvé une forte proportion de suicides parmi les citadins : 86 T.S. (26 hommes et 60 femmes) contre 22 ruraux (5 ♂ et 17 ♀) et 3 sans domicile fixe, tous des hommes.



Age des suicidants (l'année repère est incluse dans la tranche la précédant).

La population urbaine de Boulogne et de sa banlieue est proche de 100.000 habitants. La zone d'attraction rurale de l'hôpital est difficilement appréciable.

4 - Répartition selon l'état civil

Dans les deux sexes les suicidants non célibataires (marié, veuf, remarié, concubin, divorcé) sont en majorité :

23 hommes 67,6°/°

49 femmes 63,6°/°

En reprenant cette répartition avec introduction de la notion d'âge nous découvrons que toutes les célibataires femmes (28) ont moins de trente ans. Quant aux mariées 25 sur 43 ont moins de trente ans.

Chez les hommes, la proportion est inversée, les mariés ont plus de trente ans (14 contre 6).

5 - Répartition selon la révolution solaire

De tous temps les hommes ont cherché à accorder leur destin avec les astres. L'étude de l'influence de la lune sur les T.S. est trop ardue. Pour rechercher une influence possible de la durée du jour sur la détermination au suicide nous avons divisé l'année en semestre à jour court (17 T.S. hommes et 35 T.S. femmes) et en semestre à jour long (17 T.S. hommes et 43 T.S. femmes). Il ne semble donc pas que la durée de l'éclairage solaire ait une influence.

6 - Etude des procédés d'exécution

Les moyens employés par les suicidants sont divisés en deux groupes :

1 - les produits médicamenteux.

2 - les autres moyens : agents chimiques et physiques.

87 sujets (78°/°) ont choisi un médicament pour se suicider. Cette proportion élevée est due aux femmes (85°/°) mais existe aussi chez les hommes avec une prédominance moins nette (61°/°).

Retrouve-t-on là le souci féminin de l'esthétique. Peut-être faut-il voir en fait la facilité de se procurer des toxiques et de les stocker ? Mais le gaz d'éclairage installé dans toutes les maisons est délaissé (6 T.S). Est-ce une mode ?

Si nous introduisons la notion d'âge, toujours 30 ans, nous remarquons que le choix du moyen est stable. Pour les hommes nous trouvons 64°/o et 60°/o en faveur des moyens médicamenteux et les femmes 85 et 89°/o.

a - Les agents médicamenteux

1 - Les barbituriques : 55 T.S. (15 ♂ et 40 ♀)

- isolés ou associés entre eux : 41
- associés à d'autres moyens ou médicaments : 14

2 - Les tranquillisants

- isolés 8 : Méprobamate 4, Melleril 2
N'Oblivon 300 : 1, Bénactyzine 1
- associés 1 : Equanil + Cycloestrol + Terramycine.

3 - Antihistaminiques de synthèse

- Phénergan 2

4 - Neuroleptiques et psychotropes

- isolés 7 : Nozinan 3, Largactil 2
Tofranil 1, Dominal 1
- associés 1 : Largactil + Nembutal.

5 - Hypnotiques non barbituriques

- Chloralosane 2

6 - Médicaments divers 11

- Quinine 2 3 et 5 g.
- Cortancyl 2
- Veganine 1
- Disipal + Hexacycline
- Digitaline soluté au 1/1000 un flacon
- Butazolidine
- Strychnotonine
- Déchophyline - Phénobarbital

- Belladone teinture + Mercurochrome + Alcool à 90°
+ Ether + Collyre + Gouttes ORL + Curovinyl.

Les T.S. par moyens médicamenteux sont nombreuses et très diverses. Nous avons dénombré dans les 87 cas, 45 médicaments différents, utilisés isolément ou en associations très éclectiques. Les barbituriques sont naturellement les grands vainqueurs et parmi ceux-ci l'Optalidon 14 T.S., le Gardénal 10 T.S., l'Imménocet 7 T.S. viennent en tête.

b - Les agents physiques ou chimiques

1 - Les gaz

- gaz d'éclairage :
isolé 4 T.S.
- gaz butane :
isolé 1
associé 1 avec antirouille et potasse.

2 - Agents physiques

- noyade ou submersion 14
- pendaison : isolée 1
associée avec gaz 1
- section de veine 1.

3 - Agents toxiques ménagers

- Taupicine (strychnine) : 1

Parmi les agents physiques la noyade (14 T.S.) domine nettement les autres moyens. Nous croyons voir là l'influence du site de la ville.

La pendaison a été le moyen utilisé, avec succès d'ailleurs, lors de la seule récidive en milieu hospitalier 36 h. après la première T.S.

7 - Le mode d'absorption des médicaments

Les suicidants utilisent de préférence des médicaments facilement absorbables par voie buccale : comprimés, dragées, liquides. Quelquefois les comprimés ont un goût amer aussi utilise-t-on "pour les faire passer"

un aliment agréable : lait, confiture, vin de bourgogne. Souvent le nombre de comprimés à avaler est vraiment important, on les dilue en une bouillie épaisse et nauséabonde.

Lorsque les médicaments à prendre per os ne sont pas disponibles on prend ce que l'on a et en l'occurrence des suppositoires que l'on s'introduit l'un après l'autre jusqu'au douzième. La chronique ne dit pas ce qu'en pense la muqueuse rectale.

Et que penser de cet énergumène de 32 ans, qui sous les yeux de sa femme, avale le contenu de tous les flacons de la pharmacie familiale : Teinture de Belladone, Mercurochrome, Alcool à 90°, Ether, Collyre, Gouttes ORL ; et continue avec du Curovinyl 10 ampoules et de l'alcool à brûler.

8 - Les motifs des suicidants

L'étude des motifs de la T.S. est délicate. Nous avons retenu la distinction entre :

- 1 - Motivation dite "normale" dans laquelle le suicidant donne un ou plusieurs motifs raisonnés - sinon raisonnables - qui l'ont conduit à la T.S.
- 2 - et motivation dite "pathologique" où les explications confuses, l'état mental et clinique ont permis de déceler un psychisme perturbé, une imprégnation éthylique certaine.

Nous devons cependant faire des réserves sur l'exactitude des chiffres relatifs aux troubles psychiques. Seuls ont été examinés par un neuro-psychiatre les suicidants présentant un trouble caractérisé. L'hôpital de Boulogne-sur-Mer n'avait pas à cette époque d'attaché de neuropsychiatrie et il a dû être fait appel au neuropsychiatre qui assure la consultation hebdomadaire du dispensaire d'Hygiène Mentale.

D'autre part nous avons groupé dans la rubrique "divers" les T.S. où le suicidant bien que collaborant à l'examen clinique s'est refusé à donner un motif quelconque à son acte et les T.S. dont nous n'avons pas retrouvé les motifs à l'étude du dossier.

a - Motivation dite "normale"

- 1 - Les conflits affectifs : 49 T.S. - 44°/
- conjugaux : 7 hommes, 22 femmes
- déception sentimentale : 2 hommes, 8 femmes
- conflit avec l'autorité paternelle : 10 femmes.
- 2 - Les difficultés matérielles et sociales : 4 T.S.
1 homme - 3 femmes.
- 3 - Les maladies physiques - infirmité : 2 T.S. (hommes).
- 4 - Conflit avec la justice, l'autorité : 0 T.S.

b - Motivation pathologique

- 1 - Troubles psychiques caractérisés : 21 T.S.
10 hommes et 11 femmes.
Sur ces 21 T.S., 8 mesures d'internement en milieu
psychiatrique ont dû être prises.
- 2 - Syndrome "dépressif" : 12 T.S.
- 3 - Alcoolisme : 5 T.S.

c - Divers : 18 T.S. (3 hommes - 15 femmes).

Que penser de cette répartition des motifs ? Nous nous trouvons en présence de deux groupes :

- un premier lot de 55 T.S. (50°/o environ) qui présente une motivation "normale".
- un deuxième lot de 38 T.S. à motivation pathologique certaine (33 T.S. dues à un trouble psychique - 5 T.S. en rapport avec un éthylisme chronique).

Nos connaissances psychiatriques ne nous permettent pas d'approfondir plus avant le problème. Mais il nous semble que le premier lot cache une fraction élevée de dérèglement psychique. La tentative de suicide n'est

pas un acte qui se justifie. Le chantage au suicide doit être considéré comme traduisant un désordre de la personnalité au même titre que la tentative sincère et raisonnée. Dans tous les cas, il nous semble qu'il doit exister un dérèglement de la conscience dans le mécanisme qui conduit à attenter à sa vie.

oOo

L A R E C I D I V E
=====

La récédive de suicide est un problème complexe qui nécessiterait une étude psychiatrique détaillée impossible ici. Néanmoins, nous pouvons dégager quelques impressions de l'étude des 14 cas de récédive que nous avons retrouvés.

1 - La récédive en milieu hospitalier

Nous en avons un cas assez typique. Un homme de 56 ans présente une psychose mélancolique et fait une tentative de suicide par le gaz d'éclairage qui entraîne l'hospitalisation. Trente six heures après la 1ère T.S., le malade se suicide par pendaison. Le problème est celui de l'admission dans les services psychiatriques surchargés et de la surveillance continuelle pendant la période d'attente.

2 - Pendant la période d'étude de deux années cinq suicidants ont récédivé (tableau 1 ci-après). Les deux cas masculins n'ont pas été hospitalisés dans le service lors de leur première T.S., mais les trois cas féminins ont été admis les deux fois dans le service et sont donc comptés deux fois dans nos statistiques.

3 - L'interrogatoire de nos suicidants ou de la famille nous a permis de retrouver huit cas où la T.S. observée dans le service était en fait une récédive (tableau 2). Une première T.S. avait été faite antérieurement.

Tableau 1 : Récidives dans les 2 années

Sexe	Age	1ère T.S.		2ème T.S.		Observations
		date	moyen	date	moyen	
F	32	3-5-61	Pendaison + gaz	28-8-61	Noyade	Internée 3 fois
F	47	21-7-60	Equanil 1g	14-9-61	Nozinan 250mg	Accès dépressif en période menstruelle.
F	25	4-8-61	Optalidon 0,60 g	12-11-61	Cortancyl 150 mg	1 conflit conjugal 2 divorces en cours
M	25	février 61	Inconnu - aurait été hospitalisé à la Salpê- trière.	14-5-61	Noyade	Déception sentimentale Ethylisme +++
M	18	28-8-61	Obnubilation durée 2h. moyen incon- nu.	30-8-61	Barbiturique dans les uri- nes. coma 24 h.	Matelot anglais en transit sur un cargo.

Tableau 2 : Récidives de plus de 2 ans.

Sexe	Age	1ère T.S.		2ème T.S.		Observations
		date	moyen	date	moyen	
F	54	9-9-59	X	1-8-61	Equanil	- 1 internée 2 décédées collapsus irrégulier.
F	29	31-3-57	Gardénal 2 g.	14-4-62	Melleril	- conflit conjugal latent coma 5 jours 1ère T.S.
F	24	Octobre 58	Optalidon	22-7-61	Optalidon	- déception sentimentale chronique.
F	37	Octobre 57	Supponéryl	20-8-61	Bénactizine	- conflit conjugal coma 3 jours 2ème T.S.
F	27	inconnue	inconnu	22-4-61	Nozinan	- accès dépressif
F	27	4-7-59	insolation 6h.	21-3-62	Imménocet	- en 1956 séjour hospitalier pour paralysie avec rétention d'urine d'origine psychiatrique.
F	42	inconnue	inconnu	17-9-61	Gardénal	- Adultère du mari.
F	49	inconnue	inconnu	24-8-61	Noyade	- Troubles du comportement Nème T.S.

Les récidives sont fréquentes : 14 sujets ont renouvelé leur T.S. Elles sont graves, deux d'entre elles ayant abouti à la mort.

Les récidivistes sont en général fidèles à la qualité de leur moyen soit physique, soit médicamenteux. Dans ce dernier cas le premier médicament utilisé est souvent abandonné ; on passe volontiers d'un barbiturique à un tranquillisant. Peut-être est-ce dû à la médication sédatrice instituée après la 1ère T.S. Un seul sujet a récidivé avec son premier toxique l'Optalidon.

Les motivations des récidivistes sont presque toujours identiques dans les deux T.S. Les conflits conjugaux ou affectifs ne s'atténuent pas avec le temps et les troubles mentaux ne se sont pas montrés très sensibles à la thérapeutique.

Enfin le délai de récidive est variable : une journée dans l'accès mélancolique aigu ; ailleurs quelques mois ou plusieurs années. Le délai maximum observé est de cinq ans un mois.

L A M O R T A L I T E
=====

Dans les 111 cas de tentatives de suicide étudiés, nous avons eu 5 décès soit 4,5°/o répartis ainsi :

Barbiturique (Imménocotal)	1 ♀
Tranquillisant (Equanil) 8 g.	1 ♀
Toxique ménager (Potasse)	1 ♀
Pendaison	1 ♂
Complications de noyade	1 ♀

Soit : 2 décès pour 87 T.S. médicamenteuses 2,3°/o
3 décès pour les 24 T.S. par agents
physiques ou chimiques 12,5°/o
4 femmes 5°/o pour 1 homme 3°/o

Nous donnons ci-après les observations résumées de ces cas avec un essai d'analyse des circonstances du décès.

Observation N° 1 - 429

Madame Sp. épouse S. 55 ans entre dans le service le 11-8-61 à 16 heures pour coma profond avec aréflexie complète sans signe méningé.

L'enquête révèle l'ingestion présumée d'Immenoctal 10 en quantité indéterminée le 10-8-61 vers 21 h.

Le traitement d'urgence est donc institué avec un retard de 19 heures.

L'examen montre en plus de l'existence du coma, la présence d'une angine érytémato-pultacée expliquant la température à 39°.

La malade émerge de son coma le 11 de 18 h. à 20 h. puis sombre à nouveau jusqu'au 13-8-61 où elle se réveille.

Installation de néphrite urémique et hypertensive d'évolution rapide vers la mort malgré le traitement le 18-8-61.

Urée sanguine	1,55 g/l	le 12
	1,60 g/l	le 14
	3 g/l	le 16
	3,05 g/l	le 18

La malade n'a pas donné de précision sur l'étiologie de son suicide mais ses antécédents psychiatriques étaient connus : traitement 1 an pour syndrome dépressif ayant nécessité son internement à Dury-les-Amiens en Juin 1960.

Observation N° 2 - 524

Madame Veuve L.... 54 ans entre en urgence le 1-8-1961 à 20 heures pour T.S. par ingestion de Procalmadiol 8 g. à 14 heures.

La malade est dans un coma très profond. Le traitement d'urgence est impuissant et la malade meurt 2 heures après son admission d'un collapsus cardio-vasculaire irréversible.

Madame L ... avait séjourné de nombreuses fois à l'hôpital pour une intoxication éthylique chronique et une mesure d'internement avait été prise en Septembre 1959 après une première T.S.

Observation N° 3 - 482

Madame P ... âgée de 23 ans entre dans le service le 3-10-60 pour tentative de suicide par le butagaz et ingestion d'antirouille et de potasse à usage ménager.

A l'entrée vers 22 heures la malade se plaint de violentes douleurs rétro-sternales à type de brûlure, de salivation incessante. A l'examen on ne trouve rien de particulier, pouls à 88 - T.A. 14,5/8 - 0°38°5. - Traitement : lavage d'estomac avec eau vinaigrée au 1/10.

Le lendemain 4-10-60 les signes d'irritation de l'appareil digestif sont toujours présents et marqués. Ils s'estompent progressivement dans les jours suivants.

Des examens sont demandés. La radiographie du 12-10 montre l'existence d'une petite encoche de la bouche oesophagienne. L'oesophagoscopie prudente le 13-10 confirme l'existence d'une zone irritative de la bouche oesophagienne créant un spasme.

Le 14-10-60 apparition brutale d'un hydropneumothorax droit avec collapsus cardio-vasculaire.

La malade est dans un état grave et quitte le service mourante.

Observation N° 4 - 712

Monsieur D 56 ans entre le 21-11-60 à 24 heures pour tentative de suicide par le gaz d'éclairage.

Le médecin traitant signale que le malade présente depuis quelques jours une psychose mélancolique développée autour d'un traitement sévère pour un spasme vasculaire vieux de quelques mois.

A l'entrée, l'état du malade est très satisfaisant : il reçoit Largactil, Phénergan.

Son comportement est normal le 22 et l'interrogatoire est possible révélant les motifs de l'acte déjà cités par le médecin traitant.

Le 23-11, Mr. D ... est retrouvé pendu à 10 h. 15 dans une chambre vide voisine de la sienne.

Ce malade, au comportement jugé normal par les tiers, a profité de l'absence momentanée de son voisin de lit (sorti à 9 h. 45) pour renouveler avec succès sa tentative de suicide.

Observation N° 5 - 524

Mademoiselle C 15 ans entre dans le service le 29-9-61 à 22 heures pour T.S. par noyade dans le port.

L'examen, à l'entrée, ne révèle rien de particulier sinon une hypothermie à 35°5, pouls 70, T.A. 12-8. Le traitement comprend le réchauffement progressif et des injections de camphre.

La malade donne pour motif de son acte un conflit avec son père qui refuse de la laisser sortir seule.

Le lendemain 30-9, l'examen révèle l'existence d'une pneumopathie des deux bases confirmée par la radiographie et justifiant un traitement antibiotique : Pénicilline 1.000.000 et Streptomycine 2 grammes. L'évolution en est satisfaisante.

Le 13-10, l'état général est excellent, la malade apyrétique depuis cinq jours, les poumons sont nettoyés et le traitement est interrompu malgré une vitesse de sédimentation qui reste élevée, 1ère h. : 30 - 2ème h. : 55.

On assiste alors à une remontée thermique progressive atteignant 40° le 17 au soir ; parallèlement l'état général s'altère et les signes pulmonaires réapparaissent. Le traitement antibiotique est repris.

Le 19-10, devant l'état prostré de la malade, l'aspect de la courbe thermique et malgré l'absence de signes cliniques, le diagnostic de fièvre typhoïde est évoqué. On demande une hémoculture et on ajoute de la tifomycine au traitement.

Du 20 au 24 l'état général décroît rapidement, le tufos est marqué, la température en plateau à plus de 39°. L'hémoculture pousse difficilement, le germe n'est pas identifiable.

Le 25 le séro-diagnostic confirme l'existence d'une fièvre typhoïde ou bacille d'Eberth avec une agglutination au 1/1500e.

Le 26, la malade meurt le jour même où le laboratoire envoie l'antibiogramme de l'hémoculture enfin poussée : le germe est insensible à la tifomycine.

Dans ces cas de mort par tentative de suicide nous avons donc deux décès par agents médicamenteux :

L'un par Immenoctal 10, comprimés, ingéré en quantité indéterminée, entré tardivement à l'hôpital 19 heures après l'ingestion, dans un coma profond où la mort semble due à une affection concomitante : angine grave avec syndrome urémique.

L'autre décès chez une femme déjà âgée, 54 ans, dont la gravité de l'intoxication est certes le fait du toxique utilisé (Procalmadiol) mais aussi du terrain taré éthylique, et du caractère récidiviste du suicide.

Dans les décès par agents physiques :

- L'un est dû aux lésions oesophagiennes,

- l'autre, la pendaison dans le service après guérison de la première intoxication par le gaz d'éclairage s'inscrit dans le contexte de la même bouffée délirante et pose le problème toujours difficile de la surveillance continuelle des psychoses mélancoliques.

- le troisième décès par complication de noyade est très intéressant. La malade a présenté une pneumopathie bilatérale sévère et une fièvre typhoïde particulièrement grave par l'insensibilité du germe (bacille d'Eberth) au traitement par le Chloramphénicol.

LES GUERISONS
=====

La guérison des troubles physiques engendrés par la T.S. est pratiquement certaine. Il ne nous est malheureusement pas possible d'apporter des éléments permettant de juger de la guérison des troubles psychiques ayant engendré la T.S. Aussi nous contenterons-nous d'étudier la guérison immédiate, le pronostic proche est d'ailleurs le seul élément réclamé par les familles anxieuses.

1 - Dans les T.S. par agents physiques l'acte thérapeutique se résume rapidement. Pour être bénéfique il doit être immédiat, sur les lieux de l'accident. Le traitement hospitalier des complications est simple et souvent sans problème.

2 - Dans les T.S. par agents médicamenteux, la guérison est la règle.

Depuis le 1er Juin 1960, les T.S. par médicaments admises dans le service de médecine générale sont justiciables d'un traitement univoque, de réanimation et de polyurie provoquée inspiré des travaux de l'Ecole Dan-noise de Clemmesen et des modifications apportées par Mollaret et ses collaborateurs.

Tous ces cas sont installés dans une chambre d'urgence réservée dont le lit est équipé d'un matelas pneumatique du type Alternating.

Le lavage gastrique est pratiqué systématiquement ou presque. Son utilité est certaine même dans les cas où le délai d'ingestion semble long. Chez les comateux il est très prudent, chez les autres il revêt un caractère coercitif qui peut retenir un candidat à la récurrence. De toutes façons, il réduit la dose de toxique assimilable et permet une recherche toxicologique de valeur diagnostique et médico-légale, recherche qui est aussi pratiquée dans les vomissements et les urines.

Les intoxications barbituriques sont perfusées avec du sérum bicarbonaté à 14‰ à la dose maximum de 2 l. par 24 heures pendant une durée variable selon l'état de conscience du malade. Le sérum bicarbonaté hyper-

tonique n'est pas utilisé ; l'équipement hospitalier ne permettant ni la réanimation respiratoire, ni le contrôle biologique constant nécessaire à son emploi.

Les analeptiques cardio-vasculaires : Camphre, Pressyl et Hept-a-Myl sont prescrits systématiquement et l'antibiothérapie est instituée au moindre doute.

Les autres intoxications médicamenteuses sont traitées suivant un schéma parallèle, avec perfusion de sérum glucosé et salé isotonique.

L'expectative est ensuite la règle, les malades dorment sous contrôle. La surveillance porte sur l'état de conscience, le rythme respiratoire, la tension artérielle, le pouls et la diurèse.

Il n'est pas question ici de rapporter toutes les observations de guérison de nos suicidants. Nous en donnerons une vingtaine en nous contentant d'indiquer le sexe, l'âge, le médicament en cause et la dose ingérée, l'état clinique et la tension artérielle à l'admission.

Observation 602 - 1960

Mme G. M-L 20 ans - Procalmadiol 2 g. coma vigil : durée 24 h.
T.A. 10-7 - délai d'admission 1 heure.

Observation 595 - 1960

Melle R. A 18 ans - délai d'admission 4 heures.
Eunocet 10 comprimés 1,70 g. - coma vigil 24 h. - T.A. 12-5.

Observation 592 - 1960

Mme D. F 24 ans - délai d'admission 1 heure.
Aparoxal 5 g. - coma profond - T.A. 11/6.

Observation 569 - 1960

Melle H. G 17 ans - délai d'admission 2 h.
Gardénal 2 g. - coma profond - T.A. 9/6.

Observation 551 - 1960

Melle L. N 18 ans - délai 10 h.
Suppositoires Optalidon 12 - coma profond - T.A. 14/8.

Observation 504 - 1960

Mr. B. L 80 ans - délai 12 h.
Soluté digitaline au 1/1000 un flacon - vomissements +++ - pouls 58
T.A. 12/6 - E.C.G. - onde P bloquée non suivie du complexe ventriculaire - espace P.R. 0,18.

Observation 2 - 1961

Melle B. M 23 ans - délai d'admission 3 h.
Quinine Sulfate 3 g. - T.A. 14/8 - conscience normale - vertiges
bourdonnements d'oreilles - voile oculaire.

Observation 26 - 1961

Mme P. C 27 ans - grossesse en évolution - délai 3 h.
Largactil 1 g. - vomissements immédiats abondants et répétés,
conscience normale - T.A. 12/7.

Observation 66 - 1961

Melle M. C 19 ans - délai 5 h.
Optalidon 1 g, 25 - Obnubilation - T.A. 11/7.

Observation 94 - 1961

Melle S. A 24 ans - délai 1 h. 30
Immenoctal 0,60 g. - coma vigil - T.A. 9,5/5.

Observation 255 - 1961

Melle T. S 15 ans - délai 1 h. 30
Optalidon 1 g. - Obnubilation - T.A. 10/8.

Observation 264 - 1961

Melle L. F 20 ans - délai 16 h.
Epanal deux 0,70 - coma vigil 24 h. - T.A. 17/7.

Observation 304 - 1961

Mme S. G 42 ans - délai 1 h.
Epanal trois 1,20 g. - coma profond 24 h. - T.A. 11-7.

Observation 443 - 1961

Mme B. M 37 ans - délai 10 h.
Bénactizine 47 comp. - coma profond : quelques heures.

Observation 513 - 1961

Mme P. O 45 ans - délai 3 h.
Plexonal 1 g 445 - Obnubilation - T.A. 11-6.

Observation 519 - 1961

Mme D. C 27 ans

Largactil 0,25 g. - Obnubilation - T.A. 9 1/2 - 7 1/2.

Observation 598 - 1961

Melle V. J 15 ans - délai 12 h.

Vériane 1 flacon 1/2 - 12 suppositoires

Coma : 3 jours - T.A. 10-7.

Observation 890 - 1961

Mr. B. G 55 ans - T.A. 11-8

Binocet 0,60 g. - agitation - éthylisme chronique.

Observation 900 - 1961

Mr. P. R. 33 ans - délai 4 h.

Plexonal 2,50 g. - coma 24 h. - T.A. 9,5/5.

Observation 324 - 1962

Mme S. H. 49 ans - délai 3 h.

Chloralosane 2,10 g. - coma 24 h. - oedème pulmonaire et
cérébral.

Observation 353 - 1962

Mme D. G. 41 ans - délai 6 h.

Optalidon 2 g. - coma 48 h. - T.A. 9/6.

Observation 370 - 1962

Mr. D. R. 53 ans - délai 5 h.

Gardénal 0,70 g. - Obnubilation - T.A. 17/11

délirium tremens 24 h. après hospitalisation.

Observation 450 - 1962

Mr. L. P. 32 ans - délai 6 h.

Eunoctal-Immenoctal 4 g. - coma profond : 3 jours

Polynévrite du membre inférieur droit d'installation brutale

le 5ème jour - steppage - récupération totale.

oOo

Quelles sont les notions qui se dégagent de l'étude des observations de guérison des intoxications médicamenteuses.

I - LA NOTION DE GRAVITE

Nous avons essayé d'étudier une relation entre les doses de toxique ingérées et l'état du malade à son entrée. Il nous est impossible de donner une interprétation correcte pour de multiples raisons.

1 - Le délai d'entrée à l'hôpital après l'ingestion est très variable : de une heure à trente six heures. Le malade peut être vu par son médecin dans un état d'obnubilation et arrive à l'hôpital dans le coma. Le phénomène inverse est aussi possible.

2 - La soustraction de toxique par lavage de l'estomac réduit l'intensité de l'intoxication.

3 - Il existe un facteur individuel de tolérance ; en particulier le taré paraît plus fragile.

4 - La thérapeutique instituée est active, efficace en particulier dans les intoxications par barbituriques.

Cependant certaines intoxications médicamenteuses nous semblent graves. Le pronostic en est incertain. Ainsi :

1 - L'intoxication à base de Procalmadiol est à redouter. Elle se traduit par un coma très fréquent 3 fois sur 4, d'une durée de 24 h. pour une dose supérieure à 1 gramme. Un collapsus cardio-vasculaire de gravité extrême est à craindre.

2 - Le Chloralosane, médicament à base de chloralose pur, a provoqué dans nos 2 T.S. un coma profond avec incontinence urinaire et mydriase. Dans un de ces cas la malade a présenté un oedème pulmonaire aigu.

II - LES ELEMENTS CLINIQUES

1 - L'état de conscience du suicidant présente des degrés variables.

a - L'agitation est peu fréquente, nous en avons relevé un cas dû au Gardénal 0,75 g. et deux cas dus à la Quinine (3 g et 5 g) où l'agitation est la résultante de l'anxiété créée par les troubles visuels et auditifs. Le malade a "l'impression d'être dans un autre monde".

b - L'obnubilation est par contre très fréquente. C'est l'état habituel du suicidant pour des doses variables de 0,60 g à 1,45 g de barbituriques.

c - Le coma a une durée variable de quelques heures à quelques jours.

- 16 comas de durée inférieure ou égale à 24 heures :

Epanal 0,70 g (2 T.S.) - Optalidon 1 g à 1,30 g (3)

Procalmadiol (3) 1 g à 3,85 g.

Chloralosane (2) 1,5 g et 2,10 g de chloralose

Plexonal 2,55 g. Eunoctal 1,7 g.

Immenoctal 1 g. Alepsal 1 g.

Optalidon + Sonéryl 3,25 g. Bénactizine.

- 11 comas de durée supérieure à 24 heures :

- deux jours

Optalidon 1,5 g - 2 g. - 12 suppositoires

Optalidon + Immenoctal - Immenoctal 2 g.

Optalidon + Plexonal 1,20 g.

Gardénal 2 g. - Aparoxal 5 g.

- trois jours

Imménocet 3,70 g.

Eunocet 3 g. + Imménocet 1 g.

Vériane 1 flacon et demi + 12 suppositoires.

2 - L'état cardio-vasculaire du suicidant est en équilibre précaire. L'hypotension artérielle est pratiquement constante, elle porte sur les chiffres de maxima et de minima, la différentielle est pincée. Cette hypotension réagit très bien aux injections d'Hept-a-myl et de Pressyl mais nécessite une surveillance fréquente.

III - LES COMPLICATIONS

1 - Le collapsus cardio-vasculaire est la complication à redouter dans les intoxications au Procalmadiol.

2 - Les complications pulmonaires :

- une pneumopathie atypique de la base au cours d'un coma barbiturique.
- un oedème aigu dans un coma par chloralose.

3 - Le délirium tremens (3 cas) se déclare chez l'alcoolique 24 heures après le retour à un état de conscience satisfaisant. Il ne présente aucun caractère particulier.

4 - Les troubles sensoriels oculaires et auditifs (voile oculaire, hypoacousie, bourdonnements d'oreilles) sont les manifestations prédominantes de nos T.S. par quinine (3 et 5 g).

5 - Les complications rénales sont toujours à redouter et l'examen du culot de centrifugation des urines doit être systématique.

6 - Enfin nous avons noté une complication nerveuse : une polynévrite du membre inférieur droit avec steppage installée au 5ème jour d'une T. suicide par barbiturique ; Eunotal et Binotal 4 g. ayant entraîné un coma de 3 jours. Cette polynévrite a regressé sans séquelle sous l'influence du traitement vitaminique.

IV - LA THERAPEUTIQUE

L'équipement hospitalier ne permettant pas une thérapeutique moderne complète de l'intoxication barbiturique, il nous a fallu définir un traitement simple et efficace qui s'appuie essentiellement sur :

- la perfusion de sérum bicarbonaté isotonique qui assure la réhydratation et la diurèse.
- l'administration de tonicardiaques qui lutte contre l'hypotension.
- le couchage du comateux sur un matelas spécial.

Cette thérapeutique a entraîné la disparition de l'escarre sacrée, naguère si fréquente, d'installation quasi immédiate, rançon obligatoire du coma barbiturique et qui grévait lourdement la durée d'hospitalisation.

Cette thérapeutique simple qui nous a toujours réussi s'oppose à la thérapeutique complexe de jadis. C'est avec une assurance justifiée que le médecin peut rassurer les familles inquiètes du sort de leur malade.

C O N C L U S I O N S
=====

Le service de médecine générale de l'hôpital de Boulogne-sur-Mer reçoit une catégorie particulière de suicides que sont les tentatives. Les suicides réussis ne sont pas dirigés sur l'hôpital par les services de police et de sauvetage.

Les "suicidants" sont des adolescents et des adultes jeunes du sexe féminin le plus souvent. Cette notion s'oppose à celle des "suicidés" qui sont des adultes plus âgés du sexe masculin et confirme les chiffres donnés par L. Roche, J.L. Michaud et C. Vauterin dans leur étude sur l'activité du Centre-Poisons de LYCN.

Les tentatives de suicides sont surtout des intoxications médicamenteuses par barbituriques et tranquillisants. Jadis apanage exclusif du sexe féminin ; ce mode de suicide tend à se répandre de plus en plus chez les hommes.

Malgré la gravité clinique de l'intoxication au début la guérison est pratiquement de règle. La thérapeutique moderne, bien conduite avec une surveillance constante de la perfusion du pouls et de la tension artérielle, s'oppose à la thérapeutique complexe de jadis qui combattait une intoxication en en créant une autre.

La prévention du suicide est un problème complexe.

Certes, il faut inciter les médecins et les pharmaciens à prescrire et distribuer avec parcimonie les toxiques. Dès qu'apparaît à l'horizon pharmacologique un nouveau "tranquillisant" le suicide avec ce produit est d'un proche avenir.

Peut-on interdire au candidat au suicide de puiser dans une pharmacie familiale bien fournie ? En fait la prévention du suicide devrait s'attaquer au problème social, éliminant une source fréquente de conflits conjugaux : le logement restreint où l'on vit en contact étroit avec la belle famille, et une source de déboires sentimentaux et de conflits d'au-

torité paternelle, l'attraction exercée par l'ambiance moderne actuelle (presse "du coeur", radio-télévision, clans de jeunes).

L'importance et la quasi constance des troubles du comportement et de la personnalité des suicidants nécessitent une longue observation psychiatrique et une surveillance post-hospitalière prolongée. La prévention de la récurrence ne peut être réalisée qu'avec le secours d'une assistante sociale spécialisée.

Vu, le Président de Thèse
Professeur DESOILLE

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE
=====

- ADRIANIS, DRAKE P., ARENS S.

Use of antagonists in drug - induced coma.
(J.A.M.A. 10 Mars 1962, 179, 752-58 Bg).

- ALBAHARY C.

Un accident thérapeutique.
Concours Médical 26 Mars 1960, 82 : 13, 1657.

- BLONDEL

Le Suicide 1933

- EOSSELMAN B.C.

Self-destruction (suicides).
Charles Thomas, Ed. Springfield 1958.

- BOURRAT L.

Centre de pathologie toxique et service d'urgence du
Professeur Roche. Incidence neuro-psychiatrique.
La Revue lyonnaise de Médecine T.XI N° 5 15 Mars 1962.

- CANDIOTTI, DEROBERT, MOINE

Considérations statistiques sur le suicide en France
et à l'étranger, ses répercussions sociales.
Ann. de Médecine légale : janv-février 1958 Paris
p. 1-53.

- CANN H.M., NEYMAN D.S., VERHULST H.L.

Soins à prodiguer dans l'intoxication accidentelle ;
rapport intermédiaire.
(J.A.M.A. 1958, 168, 717-24).

- CASTAIGNE P. et LHERMITTE F.

Etude anatomique et physiologique de l'encombrement
pharyngé et ses conséquences au cours du coma.
Bull. Med. 1954, 22, pp. 471-474.

- CASTAING et GERMONTY

Le traitement des comas barbituriques : à propos de
21 cas.
Société de Méd. et Chir. de Bordeaux 17 Mars 1959.

- CLEMMESSEN

New line of treatment in barbiturate poisoning.
Acta Medica Scand. 1954, 143, N°1 83-89.

- COLIN M., VAUTERIN C., MICHAUD J.L.

La tentative de suicide (approche psychiatrique - à propos de 236 observations recueillies dans un centre de pathologie toxique.

(Rev. Lyon. Med. 15 Mars 1962 - II - 5).

- COR J.

Tentatives de suicide et alcoolisme chronique.
Thèse Paris 1950 N° 1013.

- COTTE L.

Suicide dans le cadre de la législation des accidents du travail.

(Sem. Med. du 14 Nov. 1959 pp. 1005 à 1011).

DESHAIES

Psychologie du suicide
P.U.F. 1947.

- DURAND de BOUSINGEN et M. WERNET

Mélancolie et suicide.
Intérêt du test de Rorschach.

- FOSSARD M.

Le suicide dans le monde. Les tentatives de suicide à l'aide de substances médicamenteuses.
Thèse Paris 1957 N° 296.

- FREDERIC A.

Rôle essentiel des méthodes de réanimation respiratoire dans le traitement des comas toxiques.
Thèse Alger 1960.

- GAULTIER, FOURNIER E., GERVAIS E.

Comas dus aux dépresseurs non barbituriques du système central. Aspects cliniques et thérapeutiques.
(Rev. Lyon. Med. 30 Mars 1962 11, 6 3-12 Bg).

- HANSEN P.

Meprobamate poisoning - Respiratory arrest and heart arrest treated with external massage.
(Ugeskr. Laeg. Juin 1962, 124, 867 - 70).

- KORNES

Le péril barbiturique.
Thèse Strasbourg 1935.

- LACHAUD J.Cl.

La tentative de suicide par intoxication.
Thèse Lyon 1960 152.

- LAUBIES A.

Evolution des techniques du traitement des comas barbituriques.
Thèse Médecine Toulouse 1959 N°78.

- MARX Ph.

Réflexions à propos de quelques cas de tentative de suicide.
Thèse Marseille 1959.

- MICHON P., LARCAN A., HURIET C., VICARI F.

Les intoxications aiguës par la Chlorpromazine.
Rev. Lyon. Med 11-6 30 Mars 1962.

- MICHAUD Monique, RUEFF Bernard.

Diagnostic et traitement d'urgence des comas.
(C.M. supplément N°25, 23 Juin 1962).

- MOLLARET P., RAPIN M., POCIDALOS J., MONSALLIER J.F.

Traitement de l'intoxication barbiturique aiguë.
L'épuration par l'alcalinisation plasmatique et urinaire.
(P.M. 1959 - N° 36 pp. 1435 - 1438.

- MONIER A.

Considérations sur le suicide dans le département de la Seine.
Th. Paris Dact. 1961 N° 86.

- NILSSON

On treatment of barbiturate poisoning.
Acta. Med. Scand. 1951 Suppl. 253.

- ROCHE L., MICHAUD J-L., VAUTERIN C.

Activité du Centre poison de Lyon (étude statistique de 450 intoxications observées en six mois).
(Rev. Lyon. Med. TXI N°5 15 Mars 1962).

- ROYER P., BROUSOLE P.

Prophylaxie du suicide par les barbituriques.
(Société de Med. de Nancy 11 Juin 1952).

- SCHNEIDER P.B.

La tentative de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnétique.
Delachaux et Niestlé Ed. Bg.

